

Bioética, religião e promessas de cura: reflexões sobre o princípio da autonomia
Bioethics, religion and healing promises: reflections upon autonomy principle

Juliana Bernardes de Faria

Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.

jubfaria@hotmail.com

Márcio Rojas da Cruz

Ministério da Ciência e Tecnologia, Brasília, Brasil.

marciorojas@gmail.com

Analú Dores Fernandes

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, Brasil.

analufit@yahoo.com.br

Eliane Maria Fleury Seidl

Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

seidl@unb.br

Resumo: A religiosidade está presente nos contextos de saúde-doença e observa-se com frequência a atribuição a Deus pela ocorrência e pela solução de problemas de saúde. Este estudo objetivou identificar, nas mensagens de programas televisivos da Igreja Universal do Reino de Deus (IURD), relações entre religiosidade e saúde, bem como refletir sobre as promessas de cura à luz da bioética, especificamente sobre temas como autonomia, heteronomia e alteridade. Tanto o conteúdo quanto a forma das mensagens transmitidas apresentaram características heterônomas, ferindo o princípio da autonomia: tenderam a coagir o telespectador a seguir regras de comportamento pregadas por essa religião, visando convencê-lo de que os problemas de saúde provêm de causas espirituais. O princípio da alteridade foi infringido pela desvalorização e pela desqualificação da medicina e de outras explicações religiosas.

Palabras-chave: Igreja Universal do Reino de Deus. Promessas de cura. Autonomia. Heteronomia. Bioética.

Abstract: The religiousness is present in the context of health-disease and it is frequently observed the attribution to God's intervention the solution of health problems. The study had the objective to identify, in the messages of television programs of the Universal Church of the Kingdom of God (UCKG), connections between religiousness and health, as well as to reflect upon the

healing promises under the light of the bioethics: autonomy, heteronomy and alterity. Both the content and the format of the messages presented heteronomous characteristics, harming the autonomy principle: they tended to coerce the viewer to follow behavioral rules preached by this religion, aiming to convince him or her that health problems come from spiritual causes. The alterity principle was assaulted by the devaluation and disqualification of medicine and other religious explanations.

Key words: Igreja Universal do Reino de Deus (Universal Church of the Kingdom of God). Healing promises. Autonomy. Heteronomy. Bioethics.

A religiosidade está intensamente presente nos contextos de saúde. Observa-se com frequência a atribuição a Deus tanto pela ocorrência como pela solução de problemas de saúde. Indivíduos com crenças religiosas recorrem comumente a elas como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-los (1).

Essa associação é reforçada por raízes histórico-culturais muito antigas, ilustradas não apenas por mitos gregos e rituais indígenas, como também pela própria Bíblia, heranças que vêm influenciando a cultura ocidental até os dias atuais (2). A relação entre religiosidade – práticas, afiliações, crenças – e saúde tem sido investigada por muitos pesquisadores, tanto em sua dimensão física quanto mental (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

O uso da religiosidade como forma de enfrentar ou lidar com problemas nem sempre traz benefícios (físicos ou psicológicos) para a saúde. Com base em estudos empíricos, Pargament e colaboradores (10) afirmam que religiosidade pode representar tanto uma estratégia de enfrentamento adaptativa como um elemento estressor, chegando até mesmo a intensificar a gravidade do problema em foco.

Contudo, observa-se que algumas religiões propagam com maior intensidade a crença de que a religiosidade traria a cura para as enfermidades, desvalorizando, muitas vezes, o conhecimento científico relativo ao processo saúde–doença, o que pode levar pessoas crédulas a buscar ajuda, e mesmo tratamento, apenas nessas instituições. Corroborando essa afirmativa, em estudo sobre a religiosidade de classes

populares urbanas, Rabelo (11) destacou o papel importante que os cultos religiosos parecem cumprir como agências terapêuticas junto a essas comunidades.

O caso da Igreja Universal do Reino de Deus

De acordo com a Igreja Universal do Reino e Deus (IURD), a cura divina faz parte dos planos de Deus para a humanidade (12). Diversas são as passagens descritas nas Sagradas Escrituras em que Jesus Cristo, segundo relato de evangelistas, realiza milagres. Os religiosos da IURD defendem a idéia de que essas manifestações do poder divino acontecem, ainda hoje, motivadas pela vontade de Deus e pela fé dos que crêem, inclusive para doenças de conseqüências graves, como Aids e câncer. Nesta religião, de acordo com Rabelo (11), a explicação da causa das doenças pauta-se na invasão ou na intrusão de entidades do mal e a cura envolveria, portanto, a expulsão em público desses agentes.

Assim, em cultos brasileiros da IURD realizados às terças-feiras, são promovidas as "Sessões do Descarrego" e as "Reuniões das Curas", quando os templos ficam completamente ocupados por pessoas que procuram a cura para si ou para seus entes queridos, com o propósito de se libertar dos "encostos". Segundo os pastores desta religião, gradativamente ocorre a superação das enfermidades e dos demais problemas, "desde que os fiéis se mantenham firmes na fé" (12).

Segundo Mariano (13), em estudo sobre a expansão da IURD no Brasil, a noção de fé nessa religião significa:

"Crer piamente no que os pastores pregam e agir conforme os ditames dessa pregação. Para provar a própria fé e granjear as recompensas decorrentes do exercício dessa virtude teologal, os fiéis são induzidos a realizar sacrifícios ou desafios financeiros. Até porque, promete-se, quanto maior o desafio, maior a retribuição divina. Para quem não é obreiro nem desempenha funções eclesiásticas, exercer tal fé significa fundamentalmente dar dízimos e ofertas à igreja. (...) Na condição de dizimistas e ofertantes, os fiéis almejam adquirir e exercer o direito de cobrar do próprio Deus o pronto cum-

primento de Suas promessas bíblicas: vida saudável, próspera, feliz e vitoriosa" (14).

Essa religião específica foi selecionada como objeto deste estudo por algumas razões. Primeira, pela vinculação direta entre religiosidade e saúde explicitada em seu sistema de crenças, como é ilustrado na missão da igreja divulgada em seu sítio eletrônico oficial:

"A principal missão da Igreja Universal do Reino de Deus é pregar a Palavra de Deus pelos quatro cantos da Terra, levando a **cura das enfermidades** [grifo nosso], a libertação dos espíritos malignos, a prosperidade, a restituição de famílias e a santificação de vidas para todos que buscam a Deus com sinceridade no coração" (12).

A segunda razão deve-se à facilidade que a população encontra para acessar informações relativas a cultos por meio de programas diários de televisão, sendo alguns direcionados especificamente ao tema saúde. Em terceiro lugar, pelo acelerado crescimento do número de evangélicos no país. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que 2,6% da população brasileira eram evangélicos na década de 1940, atingindo 15,4% no ano 2000 (último Censo), dos quais 2.101.887 relataram filiação à IURD (15).

Por essas razões, é possível considerar que a análise do que vem sendo difundido pela IURD tem relevância social. Soma-se a isto o fato de que os cultos são transmitidos em rede aberta de TV, possibilitando acesso a expressivo contingente da população brasileira. Por ser a televisão um meio de comunicação de massa com grande potencial de formação de opinião, essa análise torna-se ainda mais relevante do ponto de vista da Bioética de Intervenção.

Essa nova proposta teórica – Bioética de Intervenção – defende a necessidade da aliança concreta entre a reflexão bioética e a realidade vivida pelos países denominados periféricos (em desenvolvimento ou emergentes), dando especial atenção à população vulnerável. A Bioética de Intervenção apresenta como moralmente justificável a priorização de políticas e decisões que privilegiem o maior número de pessoas pelo maior espaço de tempo possível e que resultem nas me-

lhores conseqüências para o todo da coletividade, ainda que a ação em si não contemple todos os setores da sociedade, visando a melhoria da qualidade de vida dos grupos mais vulneráveis (15).

Em face dos paradoxos éticos insustentáveis, constatados pelos indicadores sociais, a Bioética de Intervenção surge como uma nova análise epistemológica compromissada com a defesa dos direitos humanos universais. Uma vez que a assimetria de poder não deve ser aceita como uma conseqüência natural das diferenças constatadas entre os seres humanos, esta corrente propõe práticas intervencionistas que almejem a diminuição das iniquidades, dispensando especial atenção aos segmentos sociais excluídos da sociedade. Considerando a corporeidade como referência na análise de questões de ética e moral, a autonomia – e não a submissão por vulnerabilidade – seria a única justificativa para que alguém fosse submetido à experiência física do sofrimento. Ademais, os desejos da minoria dominante não devem apresentar valor superior quando comparados às necessidades da maioria dominada (16).

Cabe ressaltar que a televisão, como meio de comunicação de massa, tem papel importante nesse contexto. Assim, Burity (17) declara que “numa sociedade de mercado, diversas formas de mercadorização do discurso religioso são desenvolvidas, calculadamente, para conquistar fiéis (vide o sucesso dos neopentecostais e a ‘customização’ da mensagem religiosa por meio de programas voltados para públicos específicos)” (18). Segundo Bellotti (19), uma das principais razões para o crescimento desse tipo de religião no Brasil está no uso intensivo da mídia eletrônica e impressa. A IURD, por exemplo, adquiriu em 1989 a Rede Record de Televisão, composta por cerca de 30 emissoras, com cobertura nacional (20).

Em pesquisa sobre religião e mercado, Santana afirma ser crescente o interesse em estudos sobre a relação entre evangélicos e televisão, por diversas razões (20). Entre elas, destaca o fato de “ser o maior meio de comunicação da nossa época, por envolver cifras astronômicas e pelas imagens fortes e agressivas que as igrejas usam” (21). De acordo com o autor, “a mídia é o lugar da visibilidade atual, estar na mídia é existir, é ser comprado, é ditar normas, é atingir a consciência criando consenso... É em busca disso que a religião entra na mídia para poder continuar produzindo sentido” (22). Ressalta-se

aqui que, à diferença de programas de outras religiões, voltados à difusão do ensino doutrinário ou, predominantemente, à transmissão sermões e preleções teológicas, a IURD enfatiza o poder transformador de Deus na vida das pessoas por meio de testemunhos propagandísticos de curas, milagres, intervenções e bênçãos divinas variadas (13).

Autonomia, heteronomia e alteridade

A noção de autonomia surgiu na Grécia e estava relacionada com a política. O termo vem de *autos* (próprio) e *nomos* (regra, governo ou lei). A idéia de autonomia era relacionada apenas com a autogestão ou o autogoverno das cidades-estado gregas independentes. Posteriormente, o sentido do termo foi ampliado e incorporado às questões individuais, adquirindo diversos significados como direitos de liberdade, privacidade, escolha individual e liberdade da vontade (23).

Segundo esses autores, a autonomia não é um conceito estanque e permite várias interpretações tanto pelo senso comum quanto na filosofia contemporânea. Então, como outros conceitos filosóficos, autonomia também se especifica no contexto de uma teoria:

“Com este objetivo, começamos por aquilo que consideramos essencial à autonomia pessoal, enquanto distinta do governo político: o governo pessoal do eu, que é livre tanto de interferências controladoras por parte de outros como de limitações pessoais que obstam a escolha expressiva da intenção, tais como a compreensão inadequada. O indivíduo autônomo age livremente de acordo com o plano escolhido por ele mesmo, da mesma forma como um governo independente administra seu território e define suas políticas” (24).

Em saúde, autonomia é o poder que tem o usuário de decidir qual profissional escolher para atendê-lo, que tratamento aceita ou admite, seja por razão de credo ou não, determinando os seus interesses, que exerce de forma independente. Funda-se no respeito à pessoa humana, à individualidade, implicando o direito à escolha e à manifestação de vontade. Se a escolha de cada pessoa é decorrente do

exercício de sua autonomia, uma pessoa não tem o direito de impor sua vontade a outrem (25).

Em praticamente todas as teorias da autonomia, duas condições são consideradas essenciais para identificar um indivíduo como autônomo: a) a liberdade entendida como independência de influências controladoras; e b) a qualidade de agente como capacidade de agir intencionalmente.

A heteronomia, outro conceito a ser abordado, é o oposto da autonomia e abrange qualquer influência controladora exercida sobre a vontade que não seja motivada por princípios morais. Ações em decorrência de desejo, medo, impulso, interesse pessoal e hábito são tão heterônomas quanto ações manipuladas por terceiros ou coercivas (23).

No contexto da Saúde, Marchi e Sztajn (25) definem heteronomia como "o poder que se dá, ou que alguns profissionais pretendem ter, de determinar como seus pacientes devem se comportar, impondo sua vontade". Por exemplo, quando um médico tenta impor sua opinião em detrimento da do paciente, buscando convencê-lo de que deve se comportar da maneira que acha melhor, está agindo de forma heterônoma, infringindo a autonomia do paciente. Em outras palavras, mesmo quando há o cumprimento da regra sem adesão ou conformidade íntima, com o profissional de saúde exercendo poder de convencimento sobre o paciente, não se pode descartar a possibilidade de coação.

A alteridade, no entanto, oferece uma nova forma de encarar as relações sociais, de quebrar a forma autonomista individual comumente usada e de remodelá-la, construindo uma rede social: "assim, a máxima a minha liberdade termina quando começa a dos outros deixa de ter sentido, passando a ser substituída pela proposta de que a minha liberdade é garantida pela liberdade dos outros" (26).

De acordo com o teólogo Frei Betto (27), "a alteridade é a capacidade de apreender o outro na plenitude da sua dignidade, dos seus direitos e, sobretudo, da sua diferença. Quanto menos alteridade existe nas relações pessoais e sociais, mais conflitos ocorrem" (28). O autor observa que o ser humano tende a sobrepujar o outro ou partir do princípio de que "eu sei e ensino para ele. Ele não sabe. Eu sei melhor e sei mais do que ele" (28).

Sidekum (29), por sua vez, discute o tema da alteridade ante ao multiculturalismo. Afirma que a alteridade conquista enfoques novos diante das transformações sociais decorrentes do processo de globalização. O debate entre cultura e alteridade é balizado pelas identidades e diálogo entre culturas, e estas são vistas como espaços nos quais identidades são preservadas e promovidas para o interesse público. O oposto acontece quando interesses privados abarcam identidades em razão de seus próprios objetivos – o que pode desintegrar a cultura. Nessa tentativa de intercâmbio cultural, ocorre a difícil conjetura ética, que implica o reconhecimento do diferente, ou seja, da alteridade. Nesse sentido, a alteridade será discutida na presente pesquisa a partir do enfoque das redes sociais religiosas, potencializadas pelos cultos, bem como no diálogo entre ciência e religião, com seus diferentes conceitos e valores envolvidos no processo saúde–doença.

Método

O presente estudo teve os seguintes objetivos: analisar a relação entre religião e bioética no contexto da saúde, especificamente sobre promessas de cura; identificar, nas mensagens veiculadas em programas religiosos da Igreja Universal do Reino de Deus, relações entre religiosidade e saúde, principalmente vinculadas à cura de doenças; e refletir criticamente sobre os aspectos éticos envolvidos em promessas de cura feitas por representantes dessa religião e suas influências sobre a autonomia das pessoas em relação aos cuidados à saúde, considerando ainda os referenciais da heteronomia e da alteridade.

Amostra

Foram analisados três programas televisivos da Igreja Universal do Reino de Deus, de veiculação por canal aberto (Rede Record, Brasília – DF), com duração de 30 minutos cada (12h30 às 13h), transmitidos nos dias 5, 11 e 25 do mês de outubro de 2005 e apresentados por diferentes líderes religiosos. Estes programas foram escolhidos por abordarem a temática da saúde por meio da chamada Sessão do Descarrego. Os líderes eram dois Bispos e um Pastor da IURD, todos do sexo masculino e com idades em torno de 35 anos.

Procedimentos

Trata-se de pesquisa documental. Foram gravados em vídeo oito programas televisivos da Igreja Universal do Reino de Deus. Em seguida foram selecionados três deles, por terem sido conduzidos por líderes religiosos diferentes. Procedeu-se à transcrição de parte do discurso e de cenas relevantes para a análise do problema de investigação, relacionadas ao binômio religiosidade e saúde. Cada programa foi avaliado por dois pesquisadores independentemente, havendo a formação de duplas compostas de profissionais de diferentes áreas (psicologia, comunicação social e ciências biológicas). Em seguida, as análises foram comparadas e reavaliadas pela orientadora da pesquisa, a fim de garantir sua fidedignidade.

Análise dos dados

Os dados foram trabalhados por análise de conteúdo, aplicada aos discursos e às cenas veiculadas, após transcrição dos programas televisivos. Foram enfocadas apenas as falas e as cenas referentes à relação entre religiosidade e saúde, das quais foram identificadas categorias a partir da leitura independente dos pesquisadores. Após a obtenção de consenso entre os quatro pesquisadores sobre as categorias identificadas e sua definição operacional, procedeu-se à quantificação destas nos três programas, de modo independente, com a seleção de frases ilustrativas de cada uma delas (índice de concordância igual ou superior a 80% para a seleção de exemplos, nomeação e frequência das categorias). Por fim, os temas enfocados nas categorias foram analisados com base em aspectos bioéticos, especialmente relativos à autonomia, à heteronomia e à alteridade.

Resultados

Procedeu-se à análise do Programa Coisas da Vida, exibido diariamente pela Rede Record de Televisão, das 12h30 às 13h. O programa é um meio para divulgar a Sessão do Descarrego com o Banho de Luz, que ocorre no Templo Maior, todas as terças-feiras.

Definição das categorias

A análise qualitativa permitiu a identificação de nove categorias de acordo com o conteúdo relatado, nomeadas a seguir, com suas definições operacionais.

- Categoria 1: Fenômenos espirituais como causa de problemas de saúde e outros – Relatos que explicitem, direta ou indiretamente, uma relação de causalidade entre problemas e fenômenos espirituais e/ou religiosos.
- Categoria 2: Cura e/ou solução de problemas de saúde atribuídas ao poder divino intermediado pela IURD – Relatos que identifiquem a resolução de uma queixa/problema de saúde como consequência de ação ou força divina possibilitada pela participação em rituais da IURD.
- Categoria 3: Desvalorização da medicina no diagnóstico e/ou no tratamento de problemas de saúde – Falas que focalizam a limitação da medicina no diagnóstico e/ou no tratamento de problemas de saúde.
- Categoria 4: Reconhecimento da medicina ou de ciências afins na solução de problemas de saúde – Relatos que enfatizem aspectos positivos na busca pela medicina para solucionar problemas de saúde.
- Categoria 5: Contrapartida necessária – Cobrança de ações/conduitas como contrapartida por uma bênção recebida ou a ser alcançada.
- Categoria 6: Limitação humana na resolução de problemas – Relatos que enfatizam a incapacidade humana na resolução de problemas.
- Categoria 7: Disseminação de medo – Mensagens, acompanhadas ou não por imagens, que tenham como característica principal eliciar o sentimento de medo.
- Categoria 8: Propaganda institucional - Mensagens proferidas por representantes da IURD que explicitamente tentam levar os telespectadores à participação em seus cultos, utilizando linguagem de propaganda e marketing.
- Categoria 9: Desvalorização de outras explicações religiosas

sobre problemas de saúde – Relatos que identifiquem crenças e rituais da IURD como única possibilidade de solução de problemas de saúde, negando soluções de outras religiões.

Para ilustrar essas categorias, exemplos de falas características foram selecionados. Ilustra a categoria 1 o seguinte trecho, em que se pode observar na declaração de representante da IURD o estabelecimento de *relação direta entre causalidade de problemas de saúde e fenômenos espirituais*:

"A escuridão das trevas tem sido vista na vida de muitas pessoas por meio de doenças, miséria, separação. A falta de luz tem sido a causa da tristeza e depressão daqueles que se sentem impotentes diante dos problemas". *Vídeo de divulgação da Sessão do Descarrego/Banho de Luz, Programas 1, 2 e 3.*

A categoria 2, *cura pela IURD*, pode ser exemplificada em falas, tanto dos líderes religiosos quanto de fiéis em seus depoimentos, alegando explicitamente que a cura foi proveniente do poder divino intermediado pela participação em rituais da IURD:

"Fiel: Bispo, aqui eu já fui curada de várias coisas, já tive várias conquistas. Mas a coisa mais valiosa da minha vida foi a minha saúde. Cheguei queixando de tudo, eu tinha tudo: rinite, sinusite, tudo, e muita dor nas costas. E hoje eu já cheguei, e de todas as coisas eu já me livre, mas hoje eu cheguei cansada, com um peso nas costas, muita dor nas costas, até respirar doía muito... Bispo: E o que aconteceu? Fiel: Passou! Bispo: Foi depois do Banho de Luz? Fiel: Foi depois do Banho de Luz! Bispo: Quem curou você? Fiel: Foi Jesus! Bispo: Palmas para Jesus!" *Diálogo entre Bispo A.S. e fiel em depoimento após o Banho de Luz, Programa 3.*

Em relação à categoria 3, *desvalorização da medicina*, esta foi identificada tanto em declarações de pastores, bispos e de participantes dos cultos, como em diálogos inseridos nas simulações:

"Mas um detalhe importante é que a pessoa que está sofrendo com dores, problemas de saúde, não está bem de saúde, procura a medicina e a medicina não consegue diagnosticar o que a pessoa tem, faz alguns exames, aparelhos são usados durante aqueles exames e não é constatado nada... Eles não foram preparados para lidar com problemas espirituais nem os aparelhos foram preparados para diagnosticar forças negativas". *Pastor A.S., Programa 1.*

Outra categoria identificada nos relatos foi o *reconhecimento da medicina na solução de problemas de saúde*. O trecho abaixo ilustra essa categoria:

"Dentro da medicina existem grandes profissionais. Eu tenho um grande respeito, nós respeitamos muito a medicina, até porque eles desempenham um ótimo trabalho. Só que eles não foram preparados para lidar com problemas espirituais nem os aparelhos foram preparados para diagnosticar forças negativas." *Pastor A.S., Programa 1.*

Cabe ressaltar que nas situações nas quais esta categoria foi identificada, observou-se que, na seqüência do discurso, frequentemente era relatada alguma ressalva enfocando suas limitações na solução e/ou no diagnóstico de problemas de saúde.

A quinta categoria, *contrapartida necessária*, refere-se à relação de troca entre algo dado por Deus e comportamentos esperados dos fiéis. O seguinte trecho ilustra essa cobrança:

"Esse mal que estava no seu corpo saiu, mas para que você venha a prolongar esse bem-estar, para que você continue se sentindo bem, não é só vir à Igreja. Isso não é o bastante. Você vai ter que entregar a sua vida para Deus. Você vai ter que se voltar para Ele". *Programa 2.*

Outra categoria observada nos programas focaliza a *limitação humana* na resolução de problemas, exemplificada no trecho abaixo:

"A verdade é que a luz, ela complementa o trabalho dos nossos olhos. Por mais que uma pessoa tenha a visão apurada, ela não pode enxergar sem o auxílio da luz. No escuro, você pode ter uma visão de águia que você não vai conseguir enxergar nada. Mas quando tem a luz, você consegue ver. Ora, assim também é no campo espiritual. Às vezes a pessoa não consegue entender o porquê de determinados problemas, a pessoa não consegue entender ou enxergar uma saída para o seu problema, uma solução para o seu problema e isso se deve ao fato de estar faltando a luz para ela." *Bispo A.S., Programa 2.*

A *disseminação de medo* refere-se à categoria 7, tendo sido identificada tanto em relatos verbais de representantes da IURD como em cenas apresentadas:

"Olha, amiga, vou ser bem sincero com a senhora: o seu sono todas as noites está sendo abraçado pelas forças negativas, seu sonho está sendo acometido pelas trevas. E se a senhora não tomar alguma medida, tomar alguma atitude, sabe o que vai acontecer? Posso ser bem sincero com a senhora? A tendência é piorar, pois as forças negativas são assim, elas vêm pra matar, roubar e destruir, então a tendência é piorar". *Pastor A.S., Programa 1.*

A oitava categoria – *propaganda institucional* – foi observada no discurso de líderes religiosos e também na vinheta de divulgação da Sessão do Descarrego:

"Agora eu quero que você acompanhe com muita atenção o que tem acontecido todas às terças-feiras. As pessoas têm recebido o Banho de Luz e alcançado o milagre". *Bispo A.S., Programa 3.*

E por fim, a nona categoria, desvalorização de outras religiões, pode ser ilustrada por:

"Lembrando que, quer seja você espírita, quer seja você católico, tenha você uma religião ou não, se você deseja um milagre, se você deseja alcançar os objetivos, então esteja juntamente conosco, para que o poder de Deus, a luz de Deus, ela venha se manifestar na sua vida". *Pastor A.N., Programa 3.*

Freqüência das categorias

Identificadas as categorias, foram levantadas sua freqüência nos programas analisados. Considerando a totalização das categorias identificadas nos três programas, observou-se o expressivo predomínio de mensagens sobre curas e/ou soluções de problemas de saúde atribuídas ao poder divino intermediado pela IURD (30,50%), seguidas de propaganda institucional (16,31%) e fenômenos espirituais como causa de problemas de saúde e outros (13,48%). A quarta categoria mais prevalente foi a desvalorização da medicina (10,64%), proximamente seguida pela disseminação do medo (9,93%). As categorias para contrapartida necessária e limitação humana também apresentaram prevalências semelhantes (7,80% e 6,38%, respectivamente), ocupando a sexta e a sétima posição no quadro comparativo. As duas categorias que apresentaram menor freqüência no total dos três programas analisados envolveram o reconhecimento da medicina (2,84%) e a desvalorização de outras religiões (2,13%).

Discussão

Analisando os resultados obtidos à luz dos referenciais da bioética, pode-se afirmar que tanto o conteúdo quanto a forma das mensagens transmitidas nos programas da IURD apresentaram características heterônomas, ferindo o princípio da autonomia, pois tenderam a coagir o telespectador a seguir as regras de comportamento pregadas por essa religião. Esta análise respalda-se, principalmente, na freqüência observada de cinco categorias: fenômenos espirituais como causa de enfermidades, cura ou solução de problemas de saúde atribuídas ao poder divino intermediado pela IURD, contrapartida necessária, limitação humana na resolução de problemas e disseminação de medo.

A análise global dos programas permite concluir que a função

primordial destes parece ser o convencimento e a persuasão do telespectador de que seus problemas de saúde foram causados por forças espirituais negativas, que somente poderiam ser tratados/curados pela força divina, mediante a participação da pessoa em rituais como o Banho de Luz, realizados apenas nos cultos da IURD. Nessa perspectiva, simulações, depoimentos de participantes dos cultos e relatos dos líderes religiosos indicaram, de modo enfático e categórico, a limitação humana e da própria ciência médica na resolução desses eventos, reforçando a concepção de que o aparecimento e a solução para tais problemas estariam em algo externo à pessoa, como o afastamento das forças do mal, a intervenção de Deus, entre outras.

Se por um lado essas ações podem produzir algum bem-estar psicológico – como alívio, conforto e esperança –, é possível supor que a difusão dessa ideologia possa levar pessoas enfermas a crer que nenhuma outra conduta surtirá efeito, intensificando, assim, padrões de comportamento caracterizados por autocuidado insuficiente e procrastinação de busca de atenção adequada nos serviços de saúde. Estudos sobre psicologia e religião revelam que o envolvimento pouco adaptativo da religiosidade no processo de enfrentamento de eventos adversos (como doenças e agravos à saúde) pode estar associado à evitação do diagnóstico e do tratamento, podendo acarretar consequências danosas para as pessoas afetadas (4, 6, 30).

Um aspecto agravante que exemplifica o enfoque dogmático da IURD, é que em nenhum momento os pastores fizeram algum tipo de ressalva no sentido de que a religiosidade poderia não obter êxito, ou seja, deixar de curar algum tipo de doença. Estudiosos analisam, com propriedade, que se o sucesso não é alcançado, a causa do fracasso é atribuída ao próprio indivíduo, como apontado por Rabelo (11):

“Não é raro que tendo falhado em produzir uma mudança na maneira pela qual o doente percebe seu estado (isto é, não obtendo sucesso na expulsão do mal), os terapeutas pentecostais reorientam seu discurso e passam a enfatizar a condição de pecado do doente como obstáculo à cura” (31).

Ademais, os depoimentos veiculados sempre são de pessoas que parecem ter obtido algum tipo de sucesso, mesmo que apenas na so-

lução dos sintomas, transmitindo uma falsa idéia de que todos os que buscam o apoio religioso da IURD são curados. Essa atitude pode ser considerada tão antiética quanto a propaganda enganosa. Não obstante ser um programa religioso deve-se atentar para o seu caráter publicitário, confirmado pela alta freqüência de propaganda institucional durante os programas (segunda categoria observada em termos de freqüência), o que vai ao encontro da conclusão de autores como Mariano (13).

O contexto torna-se ainda mais grave por se tratar de programa diário, veiculado em TV aberta e em horário diurno, acessível a pessoas de todas as faixas etárias. Nesse sentido, não é possível desconsiderar seu potencial de manipulação ideológica, expresso por Assman (32), conforme citado por Alves (33): "As palavras são também mercadorias, com todo o seu potencial fetichizador... O importante é saber a que se referem e a utilidade e perigo eventuais de seu uso" (34).

De fato, não é exagero afirmar que essas mensagens podem acarretar danos e riscos à saúde, aumentando a vulnerabilidade dos cidadãos expostos a elas. Um aspecto a ser considerado é que as pessoas que têm se filiado a essa congregação são aquelas com condições socioeconômicas e educacionais mais desfavoráveis. Informações censitárias para as religiões de origem pentecostal (grupo ao qual a IURD pertence) indicam que 56,4% dos fiéis são do sexo feminino, 49,2% são pardos ou negros, 15,3% são analfabetos, 65,3% apresentam sete anos ou menos de instrução, 47,5% não estão exercendo atividade econômica e 68,6% têm rendimento mensal igual ou inferior a três salários mínimos. Os dados nacionais para estes mesmos indicadores mostram algumas semelhanças, mas ilustram realidades melhores para alguns deles: 50,8% são mulheres, 44,6% são pardos ou negros, 15,7% são analfabetos, 59,21% possuem sete anos ou menos de instrução, 43,42% não estão exercendo atividade econômica e 61,41% percebem rendimento mensal igual ou inferior a três salários mínimos (15). Esses indicadores populacionais revelam, então, uma situação de particular vulnerabilidade das pessoas que estão mais expostas às mensagens da IURD, caracterizada por renda e escolaridade abaixo da média nacional.

Ressalta-se, ainda, que pessoas desse segmento populacional provavelmente são as que têm menos acesso a serviços de saúde, sendo

usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) quando adoecem, deparando-se com as eventuais precariedades e dificuldades no atendimento às suas demandas e necessidades de saúde. Essas características do sistema brasileiro parecem, então, favorecer a aceitabilidade das mensagens veiculadas pela IURD, ao prometerem solução relativamente fácil para as enfermidades que as acometem.

Outro aspecto coercivo, observado nos discursos analisados, foram as mensagens que visavam disseminar sentimentos de medo. Afirmações dos líderes religiosos enfocavam, repetidamente, a idéia de que se as pessoas não participassem dos rituais da IURD, e não se comportassem conforme suas regras, o "mal entraria em suas vidas" e, como conseqüência, teriam problemas de diversas naturezas. Cabe destacar que essas mensagens eram transmitidas por pessoas com grande poder de convencimento e persuasão (líderes religiosos com oratória e postura carismática semelhantes a de apresentadores profissionais de TV, vestidos de terno ou com roupas totalmente brancas, como a dos médicos), aspectos identificados na análise das imagens. Assim, frases deterministas, tom de voz enfático e exemplos dramáticos parecem aumentar o potencial de coerção desses discursos.

É importante salientar que o foco dos programas da IURD parece não ser a doutrinação de seus fiéis (transmitir ensinamentos religiosos), mas sim divulgar o culto da Sessão do Descarrego. Mariano afirma que "o proselitismo em rádio e TV constitui o mais poderoso meio empregado pela Universal para atrair rapidamente grande número de indivíduos das mais diversas localidades geográficas à igreja"(35). Vale lembrar que é durante os cultos realizados nos templos que se realiza a arrecadação financeira da IURD, pois "quem não paga o dízimo, advertem os pastores, rouba de Deus, que, na condição de dono de todas as riquezas existentes, exige de volta 10% dos recursos que concede aos seres humanos"(36).

Diante dessas condições, em que os fiéis talvez se encontrem com limitada capacidade de agir com discernimento e de modo intencional – condições *sine qua non* para o exercício da autonomia e, ainda, sob forte influência controladora, condição que também dificulta esse exercício, conclui-se que o princípio da autonomia se encontra seriamente infringido, com a balança da bioética se inclinando de modo inequívoco para a heteronomia.

Na perspectiva da alteridade como capacidade de apreender e respeitar o outro em suas diferenças (27,29) pode-se afirmar que a desvalorização das práticas da medicina e de outras explicações religiosas sobre problemas de saúde, bem como o modo explicitamente pejorativo em que rituais espíritas foram explorados nas simulações da IURD, caracterizam a violação de mais este conceito bioético. Em suma, veicula-se que apenas o referencial de crenças da IURD é válido, desqualificando as demais formas de explicar e buscar soluções para os fenômenos.

Outro aspecto a ser destacado é que a IURD difunde um conflito claro entre ciência e religião. Isto porque prega que a cura das doenças advém da filiação a suas crenças e seus rituais (ilustrado pelo fato de a categoria mais freqüente ter sido cura pela IURD), ao lado da desvalorização da medicina. Pode-se concluir, então, que quanto menos confiança o indivíduo é estimulado a ter em si próprio e na ciência, maior são sua vulnerabilidade e seu potencial de risco de tornar-se refém da coerção do discurso religioso, caracterizado pela exigência de contrapartidas (participação em cultos, pagamento de dízimos etc.) para a resolução dos seus problemas sociais e de saúde.

A liberdade de crença religiosa é um direito fundamental e inviolável, garantido a todos os brasileiros e a estrangeiros residentes no país pelo artigo 5º da Constituição Federal, que assegura o livre exercício de cultos religiosos e a proteção aos locais de cultos e de suas liturgias. Contudo, o senso de responsabilidade com a coletividade, enfatizado pela Bioética de Intervenção, desperta a preocupação com o que pode ser considerado manipulação da prática religiosa, motivada, possivelmente, por fins pouco idôneos, que podem chegar a gerar malefícios.

Esse processo, que tende a deturpar a confiança inerente à fé, pode ser classificado como uma forma de exacerbar a vulnerabilidade social e econômica de uma ampla parcela da população a qual, por não ter suas necessidades atendidas, tende a projetar suas expectativas em ideologias que produzam conforto, ao menos na dimensão psicológica. Ao escolherem uma religião que promete intervir (e melhorar) as circunstâncias de sua realidade objetiva, os fiéis sentem que estão agindo em prol de suas vidas, saindo da situação de meros vitimizados por uma ordem social injusta para a de atores na transfor-

mação dessas circunstâncias. No entanto, o que ocorre com frequência é que tal melhora restringe-se ao conforto da crença. Geralmente, o poder da fé, despertado por tais ideologias, não é, por si mesmo, suficiente para transformar a realidade objetiva, seja no que diz respeito às condições socioeconômicas ou mesmo aos problemas de saúde. Dessa forma, as pessoas são iludidas e acabam permanecendo na situação em que se encontram, mesmo quando tenham experimentado o alívio momentâneo da crença na ação capaz de alterar suas circunstâncias de vida.

Diante do exposto, recomenda-se que o tipo de informação veiculada nesses programas seja reavaliado por grupos da sociedade civil organizada, objetivando a tomada de providências. Sugere-se a utilização das mesmas regras de controle de propagandas, independentemente de o programa se intitular de cunho religioso, uma vez que neles são utilizadas estratégias de propaganda e *marketing*, veiculadas em TV aberta em todos os horários. Tal providência não pretende a censura religiosa, mas visa um processo de regulação, exercido pela própria sociedade, que objetiva o controle de estratégias de propaganda e *marketing* (inclusive de igrejas como a IURD), as quais concorrem para o recrudescimento da vulnerabilidade social, revelando-se, por isso, maleficientes aos indivíduos e à coletividade.

Referências

1. Pargament KI. God help me: toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion* 1990; 2:195-224.
2. Botelho JB. *Medicina e Religião: conflito de competências*. Manaus: Metro Cúbico; 1991.
3. Chatters L. Religion and health: public health research and practice. *Annual Review of Public Health* 2000; 21:335-367.
4. Faria JB. *Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/Aids (tese)*. Brasília(DF): Universidade de Brasília; 2004.
5. Harrison MO, Koenig HG, Hays JC, Eme-Akwari AG, Pargament KI. The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *International Review of Psychiatry* 2001; 13:86-93.
6. Pargament KI. *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: The Guilford Press; 1997.
7. Pargament KI, Park CL. Merely a defense? The variety of religious means

and ends. *Journal of Social Issues* 1995; 51:13-32.

8. Siegel K, Anderman SJ, Schrimshaw EW. Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health* 2001; 16:631-653.

9. Tix AP, Frazier PA. The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal for Consulting & Clinical Psychology* 1998; 66:411-22.

10. Pargament KI, Zinnbauer BJ, Scott AB, Butter EM, Zerowin J, Stanik P. Red flags and religious coping: identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology* 1998; 54:77-89.

11. Rabelo MC. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública* 1993; 9(3):316-325.

12. Igreja Universal do Reino de Deus. <http://www.igrejauniversal.org.br> (acesso em 8/Jun/2005).

13. Mariano R. Expansão pentecostal no Brasil: o caso da Igreja Universal. *Estudos Avançados* 2004; 18(52):121-138.

14. Mariano R. Op. cit. p.129.

15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. <http://www.ibge.gov.br> (acesso em 15/Set/2005).

16. Porto D, Garrafa V. Bioética de Intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Bioética* 2005; 13(1): 111-123.

17. Burity JA. Mídia e religião: os aspectos continuam a rondar... <http://www.comciencia.br/reportagens/2005/05/14> (acesso em 6/Jun/2005).

18. Burity JA. Op. cit. p.2.

19. Bertolli KK. Mídia, religião e história cultural. *Revista de Estudos da Religião* 2004; 4:96-115.

20. Santana LKA. Religião e mercado: a mídia empresarial religiosa. *Revista de Estudos da Religião* 2005; 1:54-67.

21. Santana LKA. Op. cit. p.55.

22. Santana LKA. Op. cit. p.65.

23. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Ed. Oxford; 2001.

24. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. p.138.

25. Marchi MM, Sztajn R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. *Revista Bioética* 1998; 6(1):39-45.

26. Goldim JR. Alteridade. <http://www.bioetica.ufrgs.br/alteridade.htm> (acesso em 6/Jun/2005).

27. Betto (Frei). Pós-Modernidade e novos paradigmas. *Revista Reflexão* 2000; 3:5-10.

28. Betto (Frei). Op. cit. p.8.

29. Sidekum A. *Alteridade e Multiculturalismo*. Ijuí: Unijuí; 2003.

30. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2005; 18:3.

31. Rabelo MC. Op. cit. p.320.
32. Assmann H. A igreja eletrônica e seu impacto na América Latina. Petrópolis: Vozes; 1986.
33. Alves CAR. O fenômeno da igreja eletrônica: Deus está no ar (tese). Florianópolis(SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
34. Alves CAR. Op. cit. p.15.
35. Mariano R. Op. cit. p.130.
36. Mariano R. Op. cit. p.129.

Recebido: 04/02/2008 Aprovado: 27/03/2008